



TITLE:

## 後腹膜神経鞘腫の2例

AUTHOR(S):

梶野, 興三; 松瀬, 幸太郎; 小野, 秀太; 高崎, 登

---

CITATION:

梶野, 興三 ...[et al]. 後腹膜神経鞘腫の2例. 泌尿器科紀要 1977, 23(5): 421-425

ISSUE DATE:

1977-07

URL:

<http://hdl.handle.net/2433/122110>

RIGHT:

## 後腹膜神経鞘腫の2例

大阪医科大学泌尿器科学教室（主任：宮崎 重教授）

梶 野 興 三  
松 瀬 幸 太 郎  
小 野 秀 太  
高 崎 登RETROPERITONEAL SCHWANNOMA :  
REPORT OF TWO CASESKohzoh KAJINO, Kohtaro MATSUSE,  
Shuta ONO and Noboru TAKASAKI*From the Department of Urology, Osaka Medical College  
(Director : Prof. S. Miyazaki)*

Two cases of retroperitoneal schwannoma, one of which was benign and the other was malignant, were reported.

Case 1 was a 73-year-old man who complained of the left hypochondrial mass. Radiological examinations revealed the mass was retroperitoneal tumor, which was removed transperitoneally on July 26, 1976. It was  $23 \times 17 \times 11$  cm in size and weighed 2,300g, and microscopic study showed a benign schwannoma.

Case 2 was a 50-year-old man who complained of the left hypochondrial mass and loss of weight. The tumor was removed transperitoneally with the left kidney, spleen and a part of pancreas. Microscopic study of the tumor showed both spindle shaped and small round tumor cells with hyperchromatic nuclei and mitosis in process and fine reticular fibers in the stroma. From these findings, it was diagnosed as malignant schwannoma.

Although a variety of primary retroperitoneal tumors have been reported by many investigators, schwannoma is relatively rare. Forty eight cases of retroperitoneal schwannoma were reported from 1948 to 1976 in Japan, but only 6 cases of them were malignant.

The preoperative diagnosis of schwannoma is extremely difficult and final diagnosis has been made by histological examination after operation.

## 緒 言

後腹膜腫瘍のうちで神経鞘腫は比較的まれである。本邦では49例が報告されているが、今回われわれは2例の後腹膜神経鞘腫（良性1例，悪性1例）を経験したので若干の文献的考察を加えて報告する。

## 症 例

症例1：大○吉○，73歳，男性。

初診：1976年6月14日

主訴：心窩部痛，左季肋部の圧迫感および腫瘤。

既往歴：20歳時，虫垂切除術。

現病歴：1974年12月ごろより，心窩部に不快感をおぼえ，近医にて胃潰瘍の診断のもとに治療を受けていた。しかし1976年2月ごろより，心窩部痛，左季肋部の圧迫感と腫瘤を自覚するようになり，近医内科へ入院した。腹部大動脈血管造影の結果，後腹膜腫瘍の疑いのもとに本科を紹介され来院した。全経過を通じ，軽度の便秘以外排尿異常もなく，食欲および睡眠も良好であった。

現症：体格中等度，栄養良好，脈拍72整，体温37°C，

血圧 158/180 mmHg, 眼球結膜に軽度貧血を認めた。頸部, 鎖骨上, 腋窩部にリンパ節腫脹を認めなかった。胸部は打聴診上異常なし。腹部は膨隆し, 左季肋部から臍下3横指まで, 内側は臍部に達する腫瘤が認められた。腫瘤は表面平滑, 弾性硬で, 呼吸性移動および圧痛は認めなかった。その他, 異常所見として左精索部に静脈瘤を認めた。

一般検査成績：尿所見；蛋白（－），糖（－），潜血（－），沈査異常なし。血液所見；赤血球数  $367 \times 10^6/\text{mm}^3$ , 白血球数  $6400/\text{mm}^3$ , Ht 34.3%, Hb 11.3 g/dl, 白血球分画異常なし。血沈1時間値 22 mm, 2時間値 33 mm。生化学的検査所見；総ビリルビン 3.0 mg/dl, GPT 28 単位, GOT 28 単位, アルカリホスファターゼ 128 単位, LDH 184 単位, T. P 6.4 g/dl, A/G 比 1.5. ASLO 30×, CRP（±）。血清電解質；Na 145 mEq/L, K 3.8 mEq/L, Ca 4.1 mg/L, Cl 111.8 mEq/L. BUN 14 mg/dl, クレアチニン 1.1 mg/dl. PSP test；15分値15%, 120分値80%。

レ線検査：胸部レ線像は異常なし。DIP (Fig. 1) にて右腎は下垂を認めるが形態, 機能ともに正常であった。左腎は機能はほぼ正常であるが, 腎盂腎杯は著明に上方に圧排されていた。大動脈造影では, 左腎動脈は左上方へ走行し, 左腎動脈より腫瘤表面に数本の血管が広がっていた。下大静脈造影 (Fig. 2) では, 下大静脈全体が右側に圧排され, 一部腫瘤によると思われる陰影欠損像がみられた。リンパ系造影では, リンパ節の腫大は認められなかった。

その他の検査：レノグラムにて左腎は中等度機能低下型を示し, 腎シンチグラムにて, Tc-DMSA の腫瘍への取りこみはみられなかった。

以上の諸検査成績より, 左後腹膜腫瘍の診断のもとに, 1976年7月1日, 左腰部斜切開にて腫瘍摘出術を試みたが, 腫瘍は小児頭大以上で, 予想以上に大きく, 本切開のみでは摘出不能と思われたため, 試験切除のみを施行した。その後, 病理組織診断で良性神経鞘腫と判明したため, 1976年7月26日再度腫瘍摘出術を施行した。

手術所見：仰臥位で剣状突起より臍部までの正中切開と左腰部斜切開とを併用したV字切開をおこない, 経腹膜的に後腹膜腔へ達した。腫瘍は表面が被膜におおわれており, 一部炎症性変化が認められた。腫瘍は血管新生に乏しく一部腹膜との癒着が認められたが, 大動脈との癒着はなく, 左腎とは被膜で完全に境いされており, 腫瘍のみを摘出した。

摘出標本：大きさ  $23 \times 17 \times 11 \text{ cm}$ , 重量 2300 g, 表面はゆるやかな凹凸があり, 線維性被膜でおおわれ,

弾性硬で, 断面は黄灰白色で分葉状の実質性腫瘍であった (Fig. 3)。

病理組織学的所見：腫瘍細胞は著しく細長く, それらは同一方向に柵状をつくりながら配列する傾向を示し, 鍍銀染色では柵間に平行に走る細線維がみられた。核は長円形でクロマチンに富み, 分裂像もなく均一で, 良性神経鞘腫と診断した (Fig. 4)。

術後経過：術後10日目の DIP では左腎は正常位置に復し, 手術創も一次的に治癒し術後14日目に退院した。

症例2：清○精○, 50歳, 男性。

初診：1976年7月9日。

主訴：左季肋部腫瘍および体重減少。

既往歴：38歳時, 胃十二指腸潰瘍にて胃部分切除術。

現病歴：1976年2月ごろより心窩部に鈍痛を自覚し, 同年4月頃より左季肋部腫瘍に気づいた。腫瘍の大きさの変化はないが, 心窩部痛, 食欲不振および体重減少（1年間で 5kg）のため近医を受診し, 左腎腫瘍の診断のもとに当科を紹介され来院した。

現症：体格栄養中等度, 脈拍60整, 体温37°C, 血圧 142/98 mmHg, 頸部, 鎖骨上, 腋窩部にリンパ節腫脹なく, 胸部も打聴診上異常を認めなかった。腹部はやや膨隆し, 左季肋部から鞘部まで, 内側は正中線部に達する大きな腫瘍が認められた。腫瘍は表面に凹凸があり, 弾性硬で, 呼吸性移動はなく, 軽度の圧痛が認められた。

一般検査成績：尿所見；蛋白（－），糖（－），潜血（－），沈査異常なし。血液所見；赤血球数  $436 \times 10^6/\text{mm}^3$ , 白血球数  $7700/\text{mm}^3$ , Ht 37.3%, Hb 11.9 g/dl, 血沈1時間値74 mm, 2時間値 88 mm。生化学的検査所見；総ビリルビン 0.4 mg/dl, GPT 45 単位, GOT 15 単位, アルカリフォスファターゼ 109 単位, LDH 351 単位, T. P 7.1 g/dl。血清電解質；Na 142 mEq/L, K 4.1 mEq/L, Ca 4.9 mEq/L, Cl 102 mEq/L, BUN 17 mg/dl, クレアチニン 1.1 mg/dl. PSP test；15分値 15%, 120分値40%。

レ線検査：胸部レ線像に異常所見を認めなかった。DIP (Fig. 5) にて右腎は正常であるが, 左腎は腎盂腎杯が著明に上方より圧排され, 腎長軸の約90度の変位がみられた。機能はほぼ正常であった。大動脈血管造影 (Fig. 6) では, 大動脈に沿って腫瘤像を認め, 大動脈, 左腎動脈および脾動脈は腫瘤により圧排され変位していた。腫瘍は大動脈の分枝により栄養されており, 左腎動脈からの栄養血管はみられなかった。PRP を併用した DIP 断層撮影により, 左腎上方に

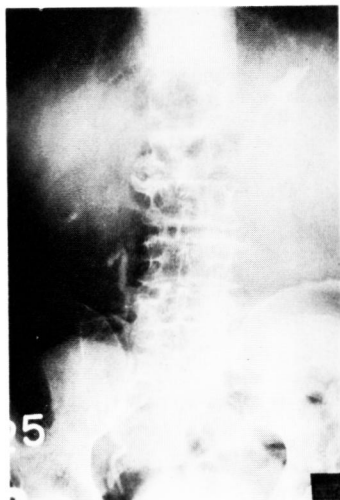


Fig. 1. 症例1のDIP像



Fig. 2. 症例1の下大静脈造影像

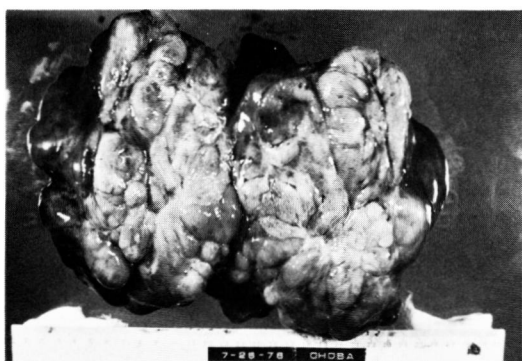


Fig. 3. 症例1の摘出標本（剖面）

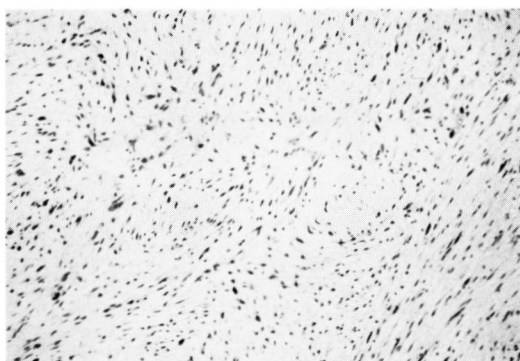


Fig. 4. 症例1の組織像（HE染色×160）



Fig. 5. 症例2のPRPを併用したDIP像

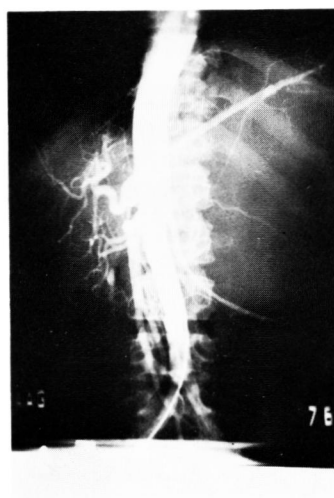


Fig. 6. 症例2の大動脈血管造影像

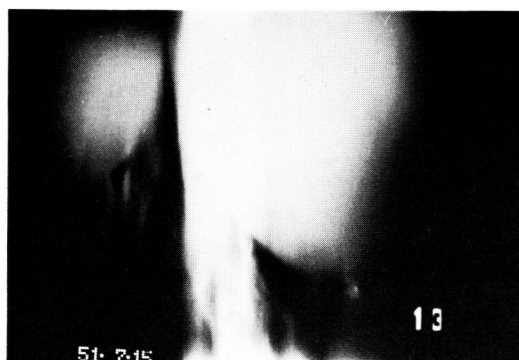


Fig. 7. 症例2のPRPを併用したDIP断層撮影（背面より13cm）

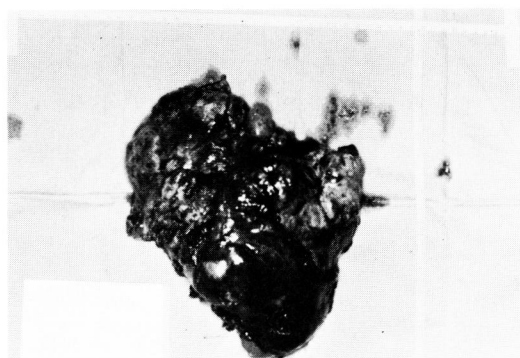


Fig. 8. 症例2の摘出標本

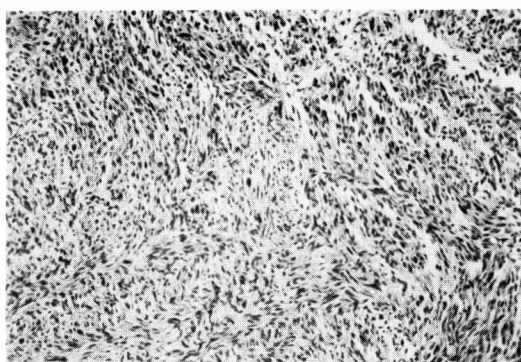


Fig. 9. 症例2の組織像（HE染色×160）

大きな腫瘍陰影を認めた (Fig. 7)。また、腎シンチグラムにて、腫瘍部に Tc-DMSA のとりこみはみられなかった。

以上の諸検査成績より、左後腹膜腫瘍の診断のもとに1976年8月9日腫瘍摘出術を施行した。

手術所見：仰臥位で剣状突起より臍部までの正中切開と、左腰部斜切開とを併用したV字切開をおこない、経腹膜的に後腹膜腔に達した。腫瘍は周囲組織との癒着が強く、剝離困難であった。表面は黄赤褐色、凹凸不整で、腫瘍の表面は血管の新生が豊富であった。腫瘍は下方では左腎と、上方では膵臓および脾臓と強く癒着していたため腫瘍のみの摘出は不可能と思われたので、膵臓の一部、腎臓および脾臓を含めてこれらを一塊として摘出した。肉眼的には左腎は正常と思われた。なお、腫瘍は肉眼的には悪性腫瘍と考えられたため、創腔に抗癌剤 (5FU 500mg, MMC 20mg, Cyclocide 100 mg) の散布をおこなった。

摘出標本：大きさ  $10 \times 16 \times 24$  cm, 重量 1870 g, 表面は凹凸不整で黄赤褐色、弾性硬で、断面は黄褐色であった。左腎との癒着はあったが左腎は肉眼的に正常

と思われた (Fig. 8)。

病理組織学的所見：腫瘍細胞は紡錘形の核を有し、原形質は線維性であり、それらが細胞束をつくり種々の方向に網状に走っている。核分裂像がみられ、細胞異型性も強く、悪性神経鞘腫と診断した (Fig. 9)。

経過：術後10日目より下痢がつづき、そのため全身状態が悪化したが、術後32日目に退院し経過観察中である。

## 考 察

神経鞘腫は従来種々の名称で呼ばれているが、一般に、Masson<sup>1)</sup> の schwannoma, Stout<sup>2)</sup> の neurilemoma の命名が広く使用されている。後腹膜腫瘍中、神経鞘腫の頻度は、林ら<sup>3)</sup> によれば378例中16例 (4.2%) である。Scanlan<sup>4)</sup> は良性後腹膜腫瘍152例中良性神経鞘腫は3例 (2%)、また悪性後腹膜腫瘍536例中悪性神経鞘腫は5例 (0.9%) であったと報告している。本邦における本腫瘍の報告は、1976年堀江ら<sup>5)</sup> が集計した48例に、その高田ら<sup>6)</sup> が報告した1例と今回の自験例2例を加えて51例となる。このうち術後再発したも

のが4例(8%),組織学的に悪性神経鞘腫と診断されたものが6例(12.8%)である。男女比は、男子29例、女子21例、不明1例でやや男子に多い。好発年齢は、40歳代、50歳代に多いとされており、本邦報告例では7歳から72歳までとなっているが、われわれの症例1は本邦最高年齢の73歳であった。

術前に本腫瘍を診断することは困難で、後腹膜腫瘍と診断がつく程度であり、確定診断は病理組織学的診断にまたねばならない。診断には、臨床症状、局所所見、尿路造影、後腹膜気体撮影、血管造影などのレ線撮影が参考となる。Pack & Tabah<sup>7)</sup>らは、臨床症状として、初発症状に腹痛、腹部腫瘍および膨満感、胃腸症状をあげ、後期症状に腹部腫瘍および膨満感、体重減少、胃腸障害をあげているが、これらは本腫瘍に対する特徴的なものではなく、他の後腹膜腫瘍にもみられる症状である。レ線検査では、胸部、腹部、骨盤部単純撮影、排泄性および逆行性腎盂造影、腸管造影、後腹膜気体撮影、腹部大動脈および下大静脈造影が必要とされている<sup>8)</sup>。近年腎シンテグラムがおこなわれるようになり、後腹膜腫瘍診断上有力な一つの方法となっている。

神経鞘腫の病理組織像は、一般に(1)円形の核を有する紡錘型の細胞が平行に走り、その核配列が柵状を呈し、柵間に平行に細線維がみられる線維型(A-Type)、(2)腫瘍細胞が種々雑多で網状に吻合する網状型(B-Type)、(3)これらの混合型に大別されている。われわれの症例は症例1がA-Type、症例2がB-Typeであった。組織学的には、平滑筋腫や、線維腫との鑑別が比較的難解であり、その鑑別方法については木村<sup>9)</sup>が詳細に述べているが、染色方法もHE染色のみでは判定を誤りやすく、鍍銀染色、ワンギーソン染色をおこなう必要があり、さらに電顕レベルでの検索が必要であると考えられる。

臨床的には後腹膜腫瘍が悪性であるか否かを、早期に適確に診断することがたいせつであり、その方法として、Lowmanら<sup>10)</sup>は、selective angiographyでlumbar & inferior intercostal arterial systemを解明することにより、その腫瘍が悪性か否かを判定できるとしている。われわれは良性および悪性それぞれの

神経鞘腫を各1例経験したが、術前に良性か悪性かを適確に診断することはできなかった。一般には早期に両者を適確に鑑別するには、病理組織学的診断による以外はないようである。自験例中、症例2を悪性神経鞘腫と診断した根拠は、他の悪性腫瘍と同様に、細胞異型性が強く、核分裂がみられたためである。

治療としては従来から、抗癌剤、放射線治療は無効とされており<sup>11)</sup>、広範な腫瘍の摘出術のみが有効とされている<sup>12,13,14)</sup>。自験例中、症例1は、腫瘍の全摘出術に成功し、組織学的にも良性であることから予後は良好であると思われる。しかし、症例2はいちおう腫瘍の全摘出術に成功したが、組織学的に悪性であり、術後経過もよくないところから予後は不良と思われる。

## 結 語

73歳、男子にみられた後腹膜良性神経鞘腫および、50歳男子にみられた後腹膜悪性神経鞘腫を報告し、若干の文献的考察を加えた。

## 参 考 文 献

- 1) Masson : Am. J. Path., 8: 367, 1932.
- 2) Stout: Am. J. Cancer, 24: 751, 1935.
- 3) 林 法信・ほか：日泌尿会誌, 55: 167, 1964.
- 4) Scanlan, D. B.: J. Urol., 81: 740, 1955.
- 5) 堀江正宣・ほか：日泌尿会誌, 67: 473, 1976.
- 6) 高田 齊・ほか：臨泌, 30: 1053, 1976.
- 7) Pack & Tabah; Surg. Gynec. & Obst., 99: 209, 1954.
- 8) Evans, A. T.: Arch. Surg., 70: 191, 1955.
- 9) 木村隆吉：神経進歩, 4: 169, 1960.
- 10) Lowman, R. M. et al.: Radiology, 104: 259, 1972.
- 11) 牟田信義：臨放, 12: 622, 627, 1967.
- 12) Das Gupta, T. K. et al.: Cancer, 24: 355, 1969.
- 13) Sweetser, T. H.: J. Urol., 47: 619, 1942.
- 14) Herrington & Edwards: Surg., 57: 1366, 1965.

(1977年4月21日受付)